Congrès – SOFCEP

Compte rendu de la SOFCEP
Marseille – Juin 2017

Compte rendu rédigé par le Dr Claire BAPTISTA
Clinique Sainte-Victoire, AIX-EN-PROVENCE.

Le 30e congrès national de la Société Française des Chirurgiens Esthétiques Plasticiens (SOFCEP) a eu lieu à Marseille en juin 2017, au Palais du Pharo, sous la présidence du Dr Richard Abs. Le programme, sous forme de tables rondes, a privilégié l'interactivité et intéressé aussi bien les jeunes confrères que les plus aguerris.
La 1re journée a été placée sous l'égide de l'ISAPS (*International Society of Aesthetic Plastic Surgery*), et a été divisée par thèmes, en plusieurs sessions. Nous vous proposons un bilan de ce cette journée à partir de courts résumés des différentes présentations.

Session nez

La pointe tombante a été décrite par Y. Jallut (France), qui considère le travail de la pointe du nez comme étant la "pierre angulaire" d'une rhinoplastie avec une analyse 3D possible. Il faut prendre soin d'étudier et de travailler le ligament de Pitanguy ainsi que la mobilité de pointe à la mimique faciale : "pour associer l'illusion et la réalité, il faut modifier l'angle de la pointe du nez"

E. Robotti (Italie) a décrit sa technique actuelle pour façonner la pointe du nez, dans le but d'arriver à une pointe symétrique et droite. L'objectif est de "construire la fondation et la projection" par des soutiens de pointe. Il évoque le "*tongue-in-groove*" avec un travail muqueux ainsi que l'étai "en crosse de hockey". L'important serait de limiter la résection, d'utiliser un algorithme de suture pour créer un dôme puis égaliser. Il utilise le dégraissage sous-cutané de manière prudente, tout en veillant aux complications.

Dr G. Aiach (France) nous a ensuite présenté son immense expérience de la chirurgie ouverte de la pointe. Tout repose, selon lui, sur une résection appropriée et conservatrice. Il insiste sur l'importance de la consultation préopératoire et l'examen clinique avec notamment une bonne analyse de la lumière et de l'ombre se projetant sur un nez. L'éclairage est donc primordial lors de l'examen du nez.

S. Haack (Allemagne) a, quant à lui, présenté le contrôle de la rotation de la pointe. Celui-ci repose sur la restauration du septum nasal. Il décrit le concept du "pont-levis" ; la technique de glissement et l'utilisation du cartilage. Selon lui, le contrôle de la rotation de la pointe du nez est un élément clé pour un changement structurel, avec une moindre tension des structures.

Y. Levet (France) nous a expliqué la chirurgie de la pointe avec sa technique de la voie fermée. L'incision se fera plus ou moins haut, selon l'épaisseur de la pointe. Il évoque les différentes techniques décrites dans les précédentes présentations et explique qu'elles sont particulièrement difficiles pour le jeune chirurgien. Selon lui, il faut faire simple et rapide. Il prône ainsi l'intérêt d'une voie fermée par rapport à une voie ouverte et la nécessité de bien connaître et de maîtriser sa technique.

La notion de positionnement de la pointe par des techniques d'attache du septum nasal a été mise en avant par A. Lavie (France). Il a décrit la technique "*tongue-in-groove*" sur la pointe de nez tombante et a insisté sur l'attention particulière à apporter afin de ne pas entraîner de sur-rotation de pointe. Les greffons d'extension de la cloison sont décrits. Cette technique permet une bonne stabilité de la pointe nasale dans le temps, notamment pour les columelles tombantes, mais exige une courbe d'apprentissage importante.

Session chirurgie esthétique du regard

Dans cette nouvelle session, A. Fogli (France) a d'abord expliqué l'importance

Congrès – SOFCEP

de l'analyse du sourcil en préopératoire. Il a évoqué les diverses positions du sourcil qui modifient le regard. La distance sourcil-canthus externe et la ligne chevelue temporale sont importantes à analyser.

M. Pelle Ceravolo (Italie) a ensuite présenté le *lifting* du sourcil par approche directe. Il a souligné l'importance d'une élévation du 1/3 médian du sourcil afin de former une arcade. Par la résection supra-sourcilière, il est possible de suspendre le muscle orbiculaire mais il ne faut pas associer de blépharoplastie supérieure si l'indication est uniquement l'élévation du sourcil. M. Pelle Ceravolo a mis en garde sur les asymétries et les sur-corrections qu'il faut avoir bien analysées avant la chirurgie car elles sont exacerbées après. En conclusion de son intervention, il a insisté sur le faible taux de complications postopératoires et sur le résultat durable de la résection supra-sourcilière associée à une très forte satisfaction des patients.

S. Takayanagi (Japon) a présenté la double paupière chez le patient asiatique avec la technique de la suture enfouie. La correction de la blépharoptose passe par une ouverture du septum orbitaire.

A. Verpaele (Belgique) a présenté le lipofilling des paupières associé ou non à une résection cutanée. Pour la paupière inférieure, il a présenté une technique conservatrice avec greffe de graisse. Véritable changement de paradigme avec, actuellement, moins de résection cutanée et sous remplissage graisseux (3 cc).

G. Botti (Italie) a ensuite présenté les canthopexies : anatomiquement, le canthus externe doit être 2 à 3 mm plus haut que le canthus interne. Il a évoqué la canthopexie statique *versus* dynamique par le renforcement du tonus de la paupière inférieure. Il utilise du fil de nylon pour la canthopexie dynamique et du vicryl pour la canthopexie statique.

S. De Mortillet (France) a relaté son expérience de la microlipostructure dans le cerne creux coloré, qu'il réalise systématiquement en profondeur sous le muscle orbiculaire et sous l'arcus marginalis.

C. Bergeret Galley (France) a partagé son expérience et sa technique sur le traitement global des paupières inférieures. Selon elle, il faut être très prudent sur la résection cutanée et réaliser une électrocoagulation des hernies graisseuses et non une résection.

T. Malet (France) a, de nouveau, expliqué l'intérêt majeur du *snap test* : lorsque celui-ci est positif, il préconise une voie cutanée sans canthopexie ; si il est anormal, le risque d'ectropion est majeur, et il préconise alors une canthopexie "*lateral tarsal strip*".

Session implant combinée à la mastopexie

Cette session avait pour objectif d'expliquer les points clés de la réussite d'une chirurgie complexe qu'est la mastopexie-prothèse. En effet, il est à noter la relative contradiction qui existe entre la remontée cutanée et l'augmentation de volume par implant. Les techniques de mastopexie sont multiples : péri-aréolaire seules (*Round-Block*), cicatrices verticales ou en "T". Ces techniques sont à adapter en fonction de la qualité cutanée, de la taille du segment 1 et du segment 2 et de la demande de la patiente. Les implants utilisés dans le cadre des mastopexies-prothèses peuvent être ronds ou anatomiques même si, selon la majorité des orateurs, les anatomiques sont à favoriser. De ce fait, les implants en polyuréthane peuvent être une amélioration technique notable permettant l'utilisation de prothèses anatomiques tout en diminuant les risques de rotations prothétiques. Cela a donc amené à une réflexion sur les interactions des prothèses avec leur environnement.

En effet, le silicone médical utilisé est à l'origine de nombreuses réactions physico-chimiques avec la capsule péri-prothétique pouvant expliquer, en partie, l'apparition des coques ou contractions capsulaires. Il a également été question des lymphomes anaplasiques à grandes cellules (ALCL) et des implants macrotexturés *Biocell*. Le but était de comprendre pourquoi, dans certains cas certes peu nombreux, un ALCL pouvait se développer. Des caractéristiques génétiques, biologiques (inflammation chroniques, biofilm, corps étrangers), physico-biochimiques mais également mécaniques (effet "velcro", arrachement capsulaire et création d'une double capsule et d'un sérome tardif) peuvent possiblement expliquer la rareté de ces lymphomes.

Chaque interlocuteur a pu expliquer, argumenter et défendre sa vision des choses concernant sa technique opératoire ; de nombreux "trucs et astuces" ont permis d'éclairer ces présentations pour permettre une amélioration des prises en charge des ptoses mammaires avec perte de volume.

Session chirurgie de remodelage après amaigrissement

De nombreuses techniques sont actuellement utilisées notamment dans le cadre des excès cutanés abdominaux, brachiaux ou cruraux. Cette session avait pour objectif de développer des techniques chirurgicales plus novatrices tout en restant dans le cadre du concret. Le bodylifting est une technique fréquemment utilisée mais de nouveaux outils techniques permettant de potentialiser le résultat final ont été mis en lumière.

Le bodylifting supérieur permet d'absorber les excès supérieurs (abdominaux et dorsaux) non traités par le bodylifting inférieur. L'augmentation de volume glutéal peut être obtenue par des implants fessiers, dans le même temps opératoire. Dans le cadre des liftings mammaires

(voire des réductions mammaires), il est possible d'associer d'autres techniques telles que la lipoaspiration mammaire pour diminuer la rançon cicatricielle. Il peut également être intéressant de réaliser un lifting thoracique latéral dans le même temps opératoire qu'un lifting brachial permettant ainsi de traiter l'excès axillaire fréquemment retrouvé après un lifting brachial dit "classique".

L'ensemble de ces techniques montre à nouveau l'intérêt de la chirurgie esthétique pour la chirurgie post-bariatrique et souligne également la fréquente nécessité d'associer les techniques opératoires afin d'améliorer le résulter esthétique final.

Session médecine régénérative

Cette session, de très grande qualité scientifique, a démontré qu'aujourd'hui, et encore plus dans les années à venir, la chirurgie esthétique ne pourra se passer des techniques de médecine régénérative. La graisse, et notamment la *nanofat*, est devenue essentielle dans la régénération et l'amélioration cutanée. Les injections de graisse doivent respecter des plans d'injection anatomiques afin de redistribuer celle-ci de manière harmonieuse. De plus, en fonction du plan d'injection, le comportement de la graisse sera différent. Le plasma riche en plaquettes (PRP) est un outil majeur de la chirurgie esthétique. De nombreuses techniques permettent de préparer le PRP mais il est primordial aujourd'hui de contrôler ce PRP et notamment le nombre de plaquettes. Certaines techniques permettent même d'associer du PRP au cartilage pour améliorer le dorsum dans le cadre de rhinoplasties esthétiques. Les facteurs de croissance, SVF et autres cellules souches, vont devenir possiblement des techniques de routine dans les années à venir ; cependant, il est important de connaître la législation sur l'utilisation de celles-ci.

Cette session a permis d'explorer les techniques du futur qui sont déjà utilisables pour la plupart et qui permettent une amélioration notable des résultats esthétiques notamment au niveau du visage et des mains.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

SUPPLÉMENT VIDÉO

Q. QASSEMYAR
Service de Chirurgie Plastique, Reconstructrice, Esthétique, Microchirurgie et Régénération Tissulaire, Hôpital Tenon, PARIS.

Reconstruction de la mandibule avec guides de coupes 3D sur mesure et lambeau libre de péroné

Les guides de coupes sur mesure fabriqués par impression 3D permettent de planifier le geste de reconstruction osseuse par lambeau libre avec une précision grandissante. L'auteur partage, à travers cette vidéo, son expérience de ces nouvelles technologies et illustre, à l'aide d'un cas clinique, les différents apports de cette méthode pour la reconstruction de la mandibule. L'utilisation des guides de coupes est expliquée pour la pratique, que ce soit au niveau du site donneur ou au niveau du site receveur.

Retrouvez cette vidéo :

– à partir du flashcode* ci-contre

– en suivant le lien :
https://www.realites-chirplastique.com/mandibule-fibula

* Pour utiliser le flashcode, il vous faut télécharger une application flashcode sur votre smartphone, puis tout simplement photographier notre flashcode. L'accès à la vidéo est immédiat.